

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 107

TRISMUS
OU
CONSTRICTION ACTINOMYCOSIQUE
DES MACHOIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges RAPP

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Muttersholz (Alsace), le 28 novembre 1879



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

TRISMUS
ou
CONSTRICTION ACTINOMYCOSIQUE
DES MACHOIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 107

TRISMUS
OU
CONSTRICTION ACTINOMYCOSIQUE
DES MACHOIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 janvier 1904

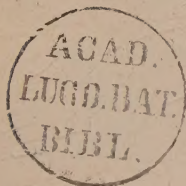
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges RAPP

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Muttersholz (Alsace), le 28 novembre 1879



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. X..., Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président* ; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. P. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR THÉVENOT

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

INTRODUCTION

Plus une maladie est connue, plus on cherche à en faire le diagnostic précoce et mieux on étudie les signes qui peuvent caractériser le début de cette affection. L'actinomycose n'échappe pas à cette règle. On ne se contente plus maintenant de faire un diagnostic quand s'est produite une vaste tumeur ou que de nombreuses fistules se sont ouvertes. On veut connaître le mal plus tôt, avant qu'il ne menace le patient ou qu'il n'ait pris une grande extension, dans le but de diriger de bonne heure contre lui un traitement approprié et combattre l'actinomycète avant qu'il n'ait droit de cité dans l'organisme atteint. A ce moment, on pourra encore en être victorieux. C'est ainsi qu'on pourra éviter les complications graves, les longues suppurations qui trop souvent se surajoutent aux lésions actinomycosiques. Quelquefois on arrivera encore à temps pour éviter la formation de cicatrices gênantes.

C'est dans le but de faciliter dans une certaine mesure le diagnostic précoce de l'actinomycose que

*nous avons entrepris l'étude du trismus actinomyco-
sique, un des symptômes du début de cette maladie.*

*Monsieur le Professeur PONCET nous a inspiré cette
thèse; qu'il daigne agréer ici l'expression émue de notre
gratitude. Pendant quatre ans nous avons eu le bonheur
de suivre son enseignement clinique si distingué. En
entreprenant ce travail, nous avons eu le souci de
développer ses idées. Pussions-nous y être parvenu
sans trop les déformer.*

*Aujourd'hui même, Monsieur le Professeur PONCET
veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse;
qu'il soit assuré que nous savons apprécier toutes les
faveurs qu'il nous prodigue.*

*Monsieur le Docteur THÉVENOT voulut bien nous aider
de ses conseils et nous donner les renseignements néces-
saire pour mener à bien notre travail inaugural; qu'il
veuille bien agréer nos remerciements empressés et
croire à notre reconnaissance.*

Division du sujet.

*Dans un premier chapitre nous tenterons d'expli-
quer quel est le mécanisme du trismus actinomyco-
sique. Nous chercherons à savoir si le phénomène est
dû à une rétraction de la peau, à une lésion articu-
laire ou osseuse, ou bien à une myosite et une inflam-
mation du tissu cellulaire.*

Dans un second chapitre nous étudierons de près le

symptôme lui-même, nous déterminerons le moment de son apparition, son évolution et sa disparition.

Dans un troisième chapitre nous étudierons son aspect clinique, c'est-à-dire les autres symptômes qui accompagnent ordinairement le trismus.

Munis de ces renseignements, nous pourrons aborder l'étude du diagnostic différentiel qui fera l'objet du chapitre quatrième.

Nous terminerons cette étude en indiquant en quelques mots quel est le traitement que l'on peut diriger contre ce symptôme.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE

Dans les mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire interviennent plusieurs organes : les centres nerveux qui commandent les muscles de la mastication, les muscles de la mastication eux-mêmes, qui, sous l'influence des centres nerveux, produisent les mouvements des mâchoires.

L'articulation a un rôle passif et, par sa mobilité, permet au maxillaire inférieur d'être abaissé et relevé. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu conjonctif intermusculaire et la muqueuse interviennent aussi, par leur élasticité, dans ces mouvements ; ils se laissent distendre pendant l'ouverture de la bouche. On comprend qu'une lésion ou un trouble portant sur l'un de ces organes puisse gêner les mouvements des mâchoires. Pour expliquer le mécanisme du trismus il faut donc rechercher lequel de ces organes ou de ces tissus est en jeu, et enfin voir si l'on peut expliquer le phénomène par un seul facteur ou bien s'il faut invoquer plusieurs causes.

1°. — Peut-on admettre dans le trismus actinomycosique une action des centres nerveux ?

Le trismus actinomycosique pourrait être produit par le système nerveux comme celui du tétanos. Mais, dans le tétanos, la contracture du masséter n'est que la première étape d'un symptôme qui se généralise assez vite, car bientôt elle s'étend à de nombreux muscles. De plus, la contracture est influencée par de nombreuses causes qui restent absolument sans effet sur le trismus actinomycosique : c'est ainsi que le froid et le bruit produisent les exaspérations si douloureuses du tétanos.

2°. — Faut-il faire intervenir une contracture telle que celle produite par l'hystérie ? C'est chercher bien loin alors qu'une lésion locale peut nous donner la solution du problème.

3°. — Puisque nous voici amené à admettre une cause locale, peut-on expliquer le trismus par le volume de la tumeur actinomycosique qui viendrait gêner les mouvements de la mâchoire à la manière d'un coin, de telle sorte que le maxillaire n'aurait plus la place nécessaire pour bouger ?

Plusieurs raisons tendent à nous faire écarter cette hypothèse. En premier lieu, le trismus est un symptôme précoce : il apparaît alors que la tumeur n'est pas plus grosse qu'une noix ou qu'un ganglion tuberculeux et ne peut évidemment pas gêner uniquement, par son volume, les mouvements de la mâchoire.

Pour que ce mécanisme puisse expliquer le resserrement des mâchoires, il faudrait que le trismus n'appar-

raisse que lorsque la tuméfaction remplit la fosse zygomatique, la loge parotidienne et la fosse temporale ; ce qui n'est pas le cas.

Il faut donc chercher une autre pathogénie.

4°. — Une ankylose fibreuse de l'articulation temporo-maxillaire pourrait expliquer la limitation des mouvements. Une ankylose, la plupart du temps, succède à une arthrite. Peut-on alors admettre que le processus actinomycosique, se propageant peu à peu, atteigne l'articulation, y produise une arthrite ou une periarthrite à la suite de laquelle se créerait une ankylose fibreuse ? Nombreux sont les faits qui militent contre cette hypothèse.

En premier lieu, pour qu'une ankylose fibreuse se produise, il faudrait que l'inflammation gagne l'articulation. Or, qu'observons-nous la plupart du temps ? Un resserrement des mâchoires très accusé et un gonflement siégeant autour de l'angle de la mâchoire inférieure. On conviendra aisément que l'articulation temporo-maxillaire a de grandes chances de rester indemne avec une lésion à allure chronique siégeant assez loin d'elle, surtout étant donné que l'actinomycès ne va pas infecter l'articulation en suivant les lymphatiques.

En second lieu, une ankylose supprimerait ou limiterait au moins très sensiblement les mouvements de latéralité qui sont toujours plus ou moins bien conservés dans le cas qui nous occupe.

Enfin tout le monde sait combien il est difficile de mobiliser une articulation ankylosée ; même une ankylose fibreuse ne guérit pas sans un traitement long et pénible. Ce n'est pas ce que nous observons dans le trismus

actinomycosique : là, tant que la maladie évolue encore, l'occlusion des mâchoires, il est vrai, persiste, ne cède à aucune manœuvre, même faite sous anesthésie. Mais la lésion vient-elle à s'éteindre, on voit le trismus disparaître sans aucun traitement et les mouvements se rétablir complètement.

Par conséquent l'hypothèse d'une ankylose fibreuse ne peut pas expliquer le trismus actinomycosique.

5° — Pourrons-nous alors trouver cette explication dans une lésion du muscle ?

Le muscle peut agir de trois manières pour produire le trismus :

On peut avoir affaire à une contracture réflexe, à une rétraction ou bien à une contracture due à une myosite.

a) Envisageons l'hypothèse d'une contracture réflexe. Il existe, en effet, des contractures réflexes durant assez longtemps, et l'on ne peut pas objecter que le trismus actinomycosique est de trop longue durée pour éliminer cette hypothèse.

Mais un des caractères assez constants d'un acte réflexe est son apparition brusque et sa disparition immédiate dès que l'on supprime sa cause. Or, ceci est déjà un caractère qui ne cadre pas avec ce que l'on observe dans le trismus actinomycosique. Là on voit souvent le symptôme débiter par une simple gêne dans les mouvements de la bouche, puis, peu à peu, les mâchoires se resserrent davantage.

La terminaison du trismus, elle non plus, n'est pas brusque. Après guérison du foyer actinomycosique on

voit le symptôme s'amender peu à peu et ne disparaître complètement que quelque temps plus tard.

Une contracture réflexe s'exagère sous l'influence d'une excitation minime. Heidenreich cite un cas très démonstratif ; qu'il nous soit permis de le reproduire ici :

« Des accidents de la vue, de l'ouïe et de la constriction des mâchoires avaient pour point de départ une ulcération de la joue due à la direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure. Or, pour peu qu'on touchât la surface de la petite plaie, le malade serrait brusquement les mâchoires en même temps qu'il voyait apparaître tous les troubles sensoriels dont il se plaignait. L'origine réflexe de la contracture me paraît évidente dans ce cas ; d'ailleurs, chez ce malade, les phénomènes inflammatoires étaient de peu d'importance. »

Combien différents sont les caractères du trismus actinomycosique qui, lui, une fois installé, est permanent et presque invariable jusqu'à la fin de l'évolution de la maladie.

Un autre caractère démontre nettement que nous n'avons pas affaire à une contracture réflexe. Souvent, en endormant à l'éther ou au chloroforme les malades en vue d'une opération, on a essayé d'ouvrir la bouche fermée par le trismus. Or, malgré des efforts puissants et bien dirigés, on n'a presque rien obtenu alors que l'anesthésie supprime les contractions réflexes et, dans le cas particulier, eût mis en résolution les muscles masticateurs et permis une large ouverture de la bouche sans grands efforts.

Cependant au début de l'affection, alors que l'actinomyose n'a encore produit que peu de lésions scléreuses, le trismus peut se rattacher à la douleur et aux accidents inflammatoires aigus et être alors d'origine réflexe.

Mais ce mécanisme ne peut pas donner une explication du trismus alors que les accidents aigus et douloureux ont disparu et qu'il ne reste plus qu'une tuméfaction indolente et un empâtement de la région péri-maxillaire.

b) Puisque la contracture réflexe est impuissante à expliquer le trismus actinomycosique, la rétraction du muscle pourra-t-elle nous fournir une explication plausible?

De prime abord, cette hypothèse paraît assez acceptable. La rétraction succède en effet souvent à une inflammation longue et voisine du muscle atteint. Cette condition est remplie dans notre cas. La lésion actinomycosique siège à l'angle du maxillaire inférieur, dans la région massétélerine, ou même dans la loge temporale, par conséquent peut retentir facilement sur les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure.

De plus, une rétraction produirait un trismus durable et invariable comme il l'est dans l'actinomyose. Pour ces deux raisons, on pourrait croire que ce soit la véritable cause.

Mais nous sommes obligé de rejeter cette hypothèse, parce qu'elle ne concorde pas avec tous les faits.

Une rétraction, en effet, s'établit lentement; or, le

trismus qui nous occupe est un symptôme du début, apparaissant alors que le muscle est à peine atteint et que le tissu rétractile n'a pas eu le temps de se constituer.

Une fois formé, le tissu cicatriciel persiste, le resserrement des mâchoires, par conséquent, est définitif. Or, que voyons-nous dans l'actinomycose cervico-faciale? Une constriction longue, il est vrai, mais guérissant une fois le foyer infectieux éteint.

c) Reste la myosite pour expliquer le trismus.

On a souvent dit que l'actinomycose n'aime pas les muscles. Cette objection, en effet, est fondée. On voit des foyers assez considérables entourer les muscles sans les entamer. Cependant, quand le processus a duré longtemps, le champignon rayonné peut envahir les masséters ou, au moins, pénétrer dans le tissu connectif intra-musculaire et provoquer une légère inflammation.

On peut objecter encore que toute myosite est, en général, suivie d'atrophie. Celle de l'actinomycose ferait exception à la règle, car, presque toujours, on voit le retour complet des mouvements après une période même longue d'occlusion des mâchoires.

Cependant, une inflammation très légère des masséters ne serait suivie que de très peu d'atrophie qui disparaîtrait même peu à peu dans la suite. Nous verrons plus loin que c'est probablement le cas pour le trismus qui nous occupe.

D'ailleurs, si l'on voulait expliquer la constriction des mâchoires uniquement par une myosite, il faudrait admettre, pour les muscles masticateurs, une prédispo-

sition spéciale à la contracture. Dans les autres régions du corps, on voit en effet le champignon rayonné n'en donner que très peu. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les actinomycômes du sterno-cleido-mastoïdien ne donnent qu'un torticolis léger.

Cette légère contracture n'est pas comparable comme intensité à celle qu'il faudrait pour produire un trismus aussi serré et aussi difficile à vaincre que celui qui nous occupe.

Pour toutes ces raisons, on ne peut pas attribuer à la myosite seule le trismus actinomycosique. Il faut admettre, cependant, qu'elle intervient au moins pour une part dans la constriction des mâchoires, puisque, en effet, on trouve une lésion et qu'on peut voir le champignon rayonné pénétrer à l'intérieur du muscle ; que, dans d'autres régions que la bouche, il produit des contractures légères, il est vrai, et que d'autre part, le masséter est dur et douloureux quelquefois à la pression.

La myosite n'apparaissant qu'au second plan, nous sommes obligés de chercher un autre facteur pathogénique de la constriction des maxillaires.

6°. — La muqueuse de la bouche, en se rétractant, produit souvent le trismus ; mais alors il s'est produit un tissu cicatriciel très dur, criants sous le scalpel. Or, l'actinomycose ne produit jamais de si vastes lésions. Tout au plus voit-on une petite érosion ou une escharre très circonscrite sur la face interne de la muqueuse. Jamais des lésions aussi minimes ne seront capables de produire une constriction des mâchoires aussi intense que celle que produit l'actinomycose.

7°. — La peau présente souvent des fistules, un œdème et des durcissements qui pourraient expliquer l'occlusion des mâchoires. Mais toutes ces lésions ne se produisent que bien longtemps après que le trismus existe. Et combien ces lésions sont insignifiantes à côté de celles qu'il faut pour produire les rétractions (cicatrices consécutives à des brûlures assez étendues). On ne peut cependant pas nier que, dans quelques cas, ces lésions de la peau ne puissent intervenir dans une certaine mesure pour contribuer, en ajoutant leur action à celle des autres facteurs, à la constriction des mâchoires.

8°. — Jusqu'à présent nous n'avons pas trouvé une explication suffisante du trismus. Parmi les raisons avancées, les unes sont impuissantes à l'expliquer, les autres ne peuvent intervenir dans sa production que dans une faible mesure et dans certains cas très limités.

Peut-être trouverons-nous une explication suffisante du trismus dans les lésions du tissu cellulaire sous-cutané et paramusculaire que produit l'actinomycose.

En effet, à l'état normal, un tissu connectif lâche entoure le maxillaire inférieur et ses muscles, sur ses deux faces interne et externe et sur son bord inférieur. Quand la bouche s'ouvre, ce tissu connectif laisse glisser le maxillaire qui le distend et met en jeu son élasticité. Le tissu sous-cutané agit ici, comme dans bien des régions, à la manière des séreuses. Le champignon actinomycosique vient envahir ce tissu en premier lieu, s'y développe et le transforme en une masse dure. Dans

les premiers temps il n'y a d'abord qu'une gêne légère pour ouvrir la bouche ; mais la mastication est encore possible : le bloc actinomycosique est entraîné avec le maxillaire et le tissu cellulaire voisin compense, en se laissant distendre un peu plus, la rigidité de la tumeur actinomycosique. Mais bientôt le champignon rayonné a envahi une surface trop grande et l'élasticité du tissu n'est plus suffisante pour permettre l'ouverture de la bouche. Nous sommes alors en présence d'un trismus serré et très difficile à vaincre. En palpant la région malade, on se rend bien compte que le tissu sous-cutané est transformé en une gangue solide et dure qui fixe pour ainsi dire le maxillaire dans une position presque immuable, comme pourrait le faire de la cire coulée dans cette région, engainant le maxillaire inférieur.

Cependant tout mouvement n'est pas impossible, ceci tient à ce que la tumeur n'entoure pas exactement la mâchoire et qu'elle ne remplit pas complètement tous les interstices. Elle permet ainsi de légers mouvements dûs à un tassement, le tissu dense pathologique refoulant devant lui le peu de tissu sain qui reste encore dans la région.

On s'explique ainsi qu'en cherchant à ouvrir la bouche, on ait une sensation spéciale d'arrêt brusque.

On s'explique aussi, par ce mécanisme, la marche du trismus. D'abord la tumeur est petite et ne produit qu'un peu de gêne de la mastication, ensuite la constriction augmente en même temps que la tuméfaction. On s'explique aussi, qu'une fois la tumeur en voie de régression, le trismus se desserre de plus en plus grâce

à la disparition de l'infiltration dure et résistante du tissu conjonctif.

On comprend encore que, le muscle étant très peu atteint, les mouvements du maxillaire reviennent complètement, et qu'il ne se produise ni atrophie ni rétraction.

L'étude que nous venons d'essayer du trismus actinomycosique nous montre que le mécanisme n'est pas simple et qu'il y a plusieurs facteurs qui interviennent pour produire la constriction des mâchoires. On peut conclure que le principal facteur du resserrement des maxillaires est cette infiltration dure et presque ligneuse du tissu cellulaire sous-cutané. En second lieu, et un peu plus tard après le début de l'affection, intervient un léger degré de myosite. Mais le muscle n'intervient qu'au second plan parce qu'il résiste assez longtemps avant d'être envahi par le champignon rayonné.

La peau, en s'œdématisant et en se durcissant, peut aussi concourir avec les autres facteurs pour produire la constriction des mâchoires.

On voit donc que le trismus est surtout sous la dépendance de causes agissant mécaniquement.

Ce n'est que tout au début que la douleur et les phénomènes inflammatoires aigus peuvent produire un resserrement réflexe des maxillaires.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Pour avoir une idée nette de ce que peut être le trismus actinomycosique il faut savoir à quel moment il apparaît. Il faut aussi étudier son évolution qui peut être caractéristique.

Pour en avoir une notion plus complète, nous étudierons aussi comment il finit et à quel moment disparaît ce symptôme.

La marche du trismus étant connue, nous nous attacherons à étudier le degré de resserrement des mâchoires et les autres caractères que peut présenter la constriction.

Il suffit de dépouiller un certain nombre d'observations pour se rendre compte que le trismus est un symptôme précoce qui apparaît en même temps que les symptômes du début. Voici le type ordinaire et fréquent du commencement de l'évolution d'une actinomycose cervico-faciale.

1°. — Le malade a ordinairement une mauvaise dentition; quelques molaires commencent à se gâter et le patient souffre depuis quelques semaines de maux de dents assez intenses. Enfin il remarque que depuis quelques jours il est porteur d'une tuméfaction siégeant dans la région sous-angulo maxillaire, en même temps qu'il ressent quelques douleurs du côté malade, souvent avec exaspérations nocturnes. Dès ce moment il éprouve une certaine gêne dans les mouvements de mastication. Les jours suivants, cette difficulté d'ouvrir la bouche ne fait qu'augmenter pour aboutir à un trismus assez serré. A ce moment le malade va consulter un médecin qui, se reportant à l'origine dentaire de l'affection, croit à un abcès dentaire, incise la tumeur et fait l'avulsion de la molaire cariée. Mais l'incision de l'abcès ne donne pas un pus bien lié, il en sort une sérosité contenant des fongosités et du sang. Si à ce moment on voit les grains jaunes le diagnostic est fait. Mais souvent ils passent inaperçus et alors la tumeur, au lieu de s'affaïsser comme les abcès ordinaires, ne diminue que très peu, et les symptômes, au lieu de disparaître après cette première incision, persistent et l'actinomycose suit son cours. Le diagnostic n'est fait que plus tard, souvent après plusieurs interventions semblables.

On trouverait de nombreuses observations venant confirmer cette manière de voir. En rapporter un grand nombre serait superflu et banal, et, si au cours de ce chapitre nous en citons quelques-unes, ce n'est que pour servir d'exemple et préciser davantage les idées.

OBSERVATION I

Actinomycose cervico-faciale, trismus très prononcé et précoce.

(Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET.)

Auguste B..., né à Hambourg, demeurant à Valréas (Vaucluse), 48 ans, imprimeur. Entré le 9 novembre 1903.

Le malade vient à l'hôpital pour une tumeur cervicale du côté gauche accompagnée de trismus datant de un mois environ.

Le malade a une mauvaise dentition. A la fin de juillet il s'est fait arracher la dent de sagesse de la mâchoire supérieure, parce que cette dent le gênait pour manger et lui provoquait de temps en temps des douleurs lancinantes. Cette extraction fut suivie d'une infection buccale, le malade eut un abcès deux mois après qui s'ouvrit spontanément dans la bouche, il a rendu une grande quantité de pus par l'orifice buccal.

Huit jours après l'ouverture de son abcès, un de ses lapins, dit-il, fut pris de trismus qui disparut au bout de quelques jours. Le lapin se nourrissait d'herbes, d'avoine. Il vit encore.

Il y a un mois, le malade est pris d'un écoulement d'oreille à gauche. On fait des lavages dans l'oreille externe, des applications de vésicatoires sur la mastoïde ; cet incident fut résolu en six jours. Il ne semble avoir eu que de l'otite externe, car sa fonction auditive ne s'est pas modifiée et il entend aussi bien du côté gauche que du côté droit.

En même temps que son otite il remarqua qu'il ouvrait difficilement la bouche. A partir de ce moment son trismus augmenta de jour en jour, et aujourd'hui il vient dans le service dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche.

Il porte en outre du côté gauche du cou et à la partie supérieure du cou une tuméfaction chaude, douloureuse faisant saillir la région parotidienne et sous-maxillaire. Le point le plus douloureux siège au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. La tuméfaction se délimite difficilement : c'est plutôt un empatement de toute la région cervicale latérale et supérieure. On ne perçoit pas de fluctuation.

Il porte un petit ganglion sous-maxillaire sans caractère particulier.



OBSERVATION I

Actinomycose cervico-faciale avec trismus prononcé.

Le malade fait bien tous les mouvements de la tête sans la moindre douleur.

Il souffre moins dans la station debout que lorsqu'il est couché.

L'exploration de la bouche est impossible à cause du trismus.

Le malade expectore du pus parfois mêlé de quelques filets de sang. La déglutition des liquides se fait sans douleur, tandis que celle des aliments solides est très pénible. Le malade dit en outre qu'il y a environ quinze jours la tuméfaction était plus volumineuse. Sa diminution semble correspondre à une élimination spontanée du pus par la bouche. On lui fit alors de grands lavages de la bouche.

L'état général du malade est resté bon, bien que depuis longtemps il ne s'alimente plus qu'avec du lait et des potages.

Il dort mal. — Sa température est normale.

Opéré le 14 novembre. L'incision est menée au-dessous de l'angle de la mâchoire. On tombe dans une cavité pleine de fongosités. On fait un curettage de cette cavité et l'on fait un pansement à la gaze iodoformée.

L'examen microscopique des fongosités et du pus recueillis au cours de l'opération est pratiqué par M. le docteur Dor. On trouve des touffes superbes de filaments mycéliens, dichotomisés et enchevêtrés dans tous les sens. Il sont aussi caractéristiques que possible pour nous permettre d'affirmer la nature actinomycosique de l'affection.

Très souvent ce n'est que le trismus qui pousse les malades à venir à l'hôpital pour se faire soigner. Ceci est surtout vrai lorsqu'il s'agit des gens de la campagne. Les autres symptômes, au début, sont en effet bien peu gênants pour certains d'entre eux. Ce n'est pas la douleur qui les pousse à demander les secours du médecin; ils sont habitués depuis longtemps à souffrir dans cette région, ayant depuis longtemps des maux de dents. Surtout que cette douleur, sauf quelques exceptions, n'est pas très vive, partant très supportable.

Des malades voient se produire une grosseur au-dessous de la mâchoire inférieure. Ils s'en occupent peu; ils pensent que c'est une adénite qui va disparaître sans traitement. Pour les hommes portant la barbe, cette tuméfaction peut passer longtemps inaperçue.

Quand se déclare un trismus un peu serré, les malades y prennent garde. Leur parole devient difficile, et surtout, ce qui les préoccupe le plus, c'est qu'ils ne peuvent plus mâcher les aliments et par conséquent ne peuvent plus manger de tout; ils sont obligés de se soumettre à un régime alimentaire, ce qui est toujours pénible. C'est à ce moment que beaucoup de malades viennent demander les secours du médecin pour qu'on les débarrasse de cette infirmité et pour qu'ils puissent reprendre leurs habitudes ordinaires en ce qui concerne l'alimentation.

2°. — Dans d'autres observations, le trismus n'est noté qu'un peu plus tard, alors que les fistules se sont déjà produites. Dans ces cas, il peut se passer deux choses. Ou bien le malade n'a réellement eu de trismus que relativement assez tard, ou bien la constriction des mâchoires est restée longtemps stationnaire et de peu d'importance, à vrai dire il n'y a eu que de la gêne très légère dans les mouvements de la bouche, à laquelle les malades n'ont pas attaché grande importance. Ce n'est que plus tard, en suivant son évolution, que l'actinomyces a produit un trismus assez serré et bien sensible; mais alors il a déjà produit des ulcérations de la peau.

Quand le trismus est tardif, le malade a déjà souvent

été soumis à un traitement. Dans la plupart des cas on a cru à un abcès dentaire et l'on a incisé la collection à plusieurs reprises sans obtenir une évacuation de pus franchement phlegmonneux et bien lié.

Nous rapportons ici une observation qui peut servir de type, car c'est là le cas qui se présente le plus souvent.

OBSERVATION II

Actinomyose cervico faciale suppurée. Lésions maxima au niveau de l'angle de la mâchoire et de la fosse temporo-maxillaire droite. (Gazette des Hôpitaux, 2 juillet 1903.)

Emile R..., cinquante-trois ans, employé, demeurant à Sauvigné, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 mars 1903, salle Saint-Philippe, n° 15, pour une affection des régions angulo et temporo-maxillaires droites.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Marié, il a eu deux enfants bien portants. Il a fait vingt-six ans de service militaire, a pris part à la campagne de 1870 et a séjourné longtemps en Afrique.

En 1868, il a commencé à souffrir de la première molaire droite qui fut enlevée par son médecin, et les douleurs se reproduisent de temps à autre. Depuis son service militaire le malade est employé comme gardien-chef dans des mines de charbon. Il prétend ne pas avoir l'habitude de mâchonner des brins d'herbe ou de la paille et il n'a d'autre part, de par son métier, rien qui l'expose à l'actinomyose.

Le 3 décembre dernier, il commence à éprouver de légères douleurs vers la partie droite du maxillaire inférieur. Le 4, la douleur est plus intense, s'accompagne d'une tuméfaction qui devient rouge, douloureuse et aboutit à un abcès de la région sus-hyoidienne.

Le 22 janvier, apparition d'une nouvelle tuméfaction localisée cette fois à la région sous-angulo-maxillaire droite, tuméfaction

dure remontant sur la joue. Deux incisions au bistouri furent faites par son médecin, l'une dans la région sous-maxillaire, elle ne donna issue qu'à un peu de sang, l'autre dans la région massétérine qui laissa écouler de la sérosité non purulente.

La tuméfaction diminua alors et se localisa autour de l'angle du maxillaire dans un rayon de 6 centimètres environ. A ce niveau il existe plusieurs fistules qui laissent écouler un pus jaune verdâtre bien lié. En même temps l'affection s'accompagnait d'un trismus bien marqué.

A l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu on constate, au niveau des régions sous-maxillaire droite et massétérine, une tuméfaction rouge, remontant en haut jusqu'au lobule de l'oreille, descendant assez loin sur les parties latérales du cou. Cette tuméfaction repose sur des tissus d'une dureté ligneuse avec, de-ci de-là, quelques pointes ramollies.

La région sous-maxillaire présente plusieurs fistules qui laissent toujours s'écouler spontanément, et surtout à la pression un pus jaune verdâtre. Sur les régions sus-hyoïdienne et massétérine, on observe les cicatrices d'anciens orifices, actuellement oblitérés.

L'examen de la cavité buccale montre sur le rebord alvéolaire du côté droit, une tuméfaction avec ulcération de la gencive qui est piquetée de points jaunes. Cet examen est très difficile à cause du trismus marqué que présente le malade et qui ne permet aux arcades dentaires qu'un écartement de 10 à 12 millimètres. Pas de dysphagie. Pas de troubles viscéraux. Bon état général.

L'examen microscopique du pus (L. Dor) a confirmé le diagnostic clinique d'actinomycose.

Le malade est soumis au traitement ioduré. Il quitte l'hôpital le 10 avril déjà amélioré, pour continuer à se traiter chez lui.

3°. — A côté de ces cas où le trismus se montre en même temps qu'une série d'autres symptômes, tels que douleurs, tuméfaction de la région sus-hyoïdienne ou massétérine, on peut voir des cas d'actinomycose où le trismus est le symptôme qui se montre en tout pre-

mier lieu, quelque temps avant toute autre manifestation pathologique.

Ces cas, il est vrai, sont rares, il en existe cependant un certain nombre qui ne laissent aucun doute.

OBSERVATION III

*Actinomycose de la joue gauche, guérison par le traitement ioduré. —
DUBREUILH et FRÈCHE. (Ann. de Dermatologie.)*

Catherine M., 25 ans. La lésion a débuté il y a huit mois par une gêne dans les mouvements de la mâchoire, localisée surtout au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Deux mois après apparut dans cette région une tumeur de la grosseur d'un petit pois qui roulait sous le doigt. Cette tumeur, au dire de la malade, aurait à peu près complètement disparu à trois reprises différentes, à quinze jours d'intervalle, mais elle a grossi rapidement depuis la fin de décembre 1893. La malade a d'excellents antécédents héréditaires, ses parents sont en vie et bien portants. Quatre frères et sœurs sont en bonne santé. Seul, un de ses frères qui, paraît-il, ne jouissait pas de toutes ses facultés, est mort il y a six mois d'une affection intestinale indéterminée. Catherine M. est à la campagne, elle s'est occupée, il y a deux ans, de travaux des champs, mais elle ne se souvient pas s'être piquée avec des barbes de blé ; elle n'a jamais eu de contact avec des bœufs malades.

La malade vient à la clinique dans les premiers jours de mai 1894 ; à ce moment la lésion se présente sous forme d'un placard légèrement rouge, induré, à limites diffuses, occupant presque toute la joue gauche et surplombé à la partie inférieure, vers l'angle postérieur de la mâchoire, par une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très molle et fluctuante. Ce placard déborde de deux centimètres l'arcade zygomatique gauche, recouvre l'os malaire, longe le sillon naso-génien, la commissure labiale, le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle postérieur qu'il déborde.

En arrière, il recouvre entièrement la branche montante du

maxillaire inférieur. Ce placard est dur, d'une consistance presque ligneuse ; il occupe tout l'épaisseur des parties molles de la joue qui sont fortement épaissies et il semble faire corps avec les parties osseuses et musculaires sous-jacentes. A la partie postéro-inférieure, vers l'angle de la mâchoire, il existe une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf de poule, placée au devant de la branche montante du maxillaire inférieur, à contours très nettement limités, faisant une saillie hémisphérique de deux centimètres et demi au-dessus du placard sur lequel elle repose. A ce niveau la peau est considérablement amincie, de couleur rouge violacé, sphacélée en un point. Fluctuation très nette. Dans les autres points la peau est simplement rouge.

A un centimètre en arrière de la commissure gauche des lèvres, la palpation à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche permet de constater une petite tumeur aplatie de la grosseur d'une petite amande, située dans l'épaisseur de la joue et qui est indépendante du placard principal. Il n'y a aucun changement dans la couleur de la peau en ce point.

La muqueuse de la face interne des joues présente, au niveau de l'interligne dentaire, des travées blanchâtres d'aspect cicatriciel. Point de douleur spontanée, sauf quelques légers élancements ; la palpation est un peu douloureuse au niveau des parties dures, mais il y a une vive sensibilité à la surface et au pourtour de la tumeur molle. La malade ouvre difficilement la bouche. Pas de ganglions.

Examen des dents. — Il n'existe plus que les racines de la deuxième prémolaire et de la première grosse molaire supérieure gauche. La canine et la première prémolaire supérieure gauches sont aussi cariées. A la mâchoire inférieure, les deux premières molaires droites sont cariées. A droite, toutes les dents sont saines. A l'auscultation du poumon on ne trouve que quelques sibilances du côté droit.

18 mai. La tumeur de la joue s'est ouverte au niveau du point sphacélé. Il existe deux trajets fistuleux par lesquels sortent des fongosités violacées extrêmement molles, du pus en assez faible quantité mais contenant des grains jaunes. L'examen microscopique des grains jaunes montre l'actinomyces.

Traitement. — Iodure de potassium, 2 gr. par jour. La tumeur diminue peu à peu et, le 29 juin, la malade sort.

Dans quelques cas la constriction des mâchoires est non seulement très précoce, mais encore intermittente. Elle apparaît d'abord à une ou plusieurs reprises isolées, sans aucun autre symptôme, et disparaît de nouveau, pour reparaître un peu plus tard et enfin s'établir avec son cortège de signes habituels qui permettent de faire le diagnostic.

OBSERVATION IV

Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur PONCET.

A., cultivateur, 42 ans, demeurant à Alix (Rhône), envoyé par le docteur Guyot, de Villefranche. Cultivateur en été, l'hiver il faisait le métier de boucher.

Au mois de janvier 1903 il éprouva un peu de gêne dans l'articulation temporo-maxillaire gauche; en même temps débutait un trismus qui s'accrut peu à peu et ne permit aux arcades dentaires qu'un écartement de 0,01 centimètre; le malade était obligé de se nourrir de liquides et d'aliments réduits en tout petits morceaux.

Ces symptômes durèrent environ huit jours et disparurent sans laisser de traces.

Ils se renouvelèrent il y a quatre semaines, en même temps que la joue gauche se tuméfia. Huit jours après, sous l'influence de cataplasmes et de fumigations le gonflement rétrocéda. Le trismus seul persista. Depuis, la tuméfaction a subi des alternatives d'augmentation et de diminution.

Actuellement, on constate un trismus extrêmement serré, et c'est à peine si l'on peut passer le manche d'une cuiller entre les incisives. Quand on essaye d'écarter les mâchoires on est arrêté par un obstacle mécanique invisible et par une légère douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

La joue est le siège d'une tuméfaction qui suit assez bien la forme du maxillaire inférieur; elle remonte jusqu'à l'arcade zygomatique qu'elle dépasse légèrement; en bas, elle se pro-

longe au dessous du bord inférieur du maxillaire et sous le lobule de l'oreille ; en avant, elle s'arrête au sillon naso-labial.

A la palpation, cette tuméfaction est peu douloureuse ; elle a une dureté ligneuse et donne la sensation d'un empâtement diffus qui englobe les plans superficiels, les masses musculaires et l'os. La peau, d'apparence normale, glisse au-dessus de la masse indurée. — On ne sent aucun point fluctuant.

Une ponction exploratrice, pratiquée en un point devenu ultérieurement fluctuant, a permis de recueillir des grains jaunes.

Le malade, soumis au traitement ioduré, est entièrement guéri ; a été revu le 15 octobre dernier.

Nous venons de voir comment débutait le trismus et quel était le moment où il faisait son apparition. Étudions maintenant son évolution.

Il existe un trismus intermittent qui apparaît, à plusieurs reprises, avant tout symptôme clinique autre de l'actinomycose. Mais ce n'est pas le cas ordinaire et, en effet, en se reportant à ce que nous avons dit sur le mécanisme du trismus, nous pouvons en partie nous rendre compte de l'évolution de la constriction des maxillaires. Nous avons admis que c'est le tissu conjonctif entourant le maxillaire qui, en se durcissant, produisait le trismus. On comprend donc fort bien que l'évolution du trismus est parallèle à celle de cette sclérose. La tumeur augmente-t-elle, le trismus se resserre davantage. Au contraire, la tumeur diminue-t-elle de volume, les mouvements des maxillaires deviennent plus libres.

Ce que nous admettons par le seul fait du raisonnement se produit dans la réalité ; mais tous les cas ne permettent pas de le constater très nettement, car l'actinomycose guérissant très lentement, les mouve-

ments de la mâchoire reviennent très lentement et presque insensiblement.

Dans d'autres cas, le phénomène est très net. Souvent, après une intervention, l'ouverture au bistour d'une collection actinomycosique, la maladie régresse assez vite, on voit alors le mieux se faire sentir rapidement et la constriction des mâchoires céder de même.

Mais là où l'on voit le mieux cette évolution parallèle du trismus et de la tumeur actinomycosique, c'est dans certains cas où, après un traitement ayant duré assez longtemps pour produire une guérison apparente, le malade cesse brusquement son traitement ioduré, croyant son mal complètement passé. Pendant un certain temps, rien ne vient l'inquiéter; mais après quelques jours, l'actinomyose reprend de plus belle; la tumeur se reproduit dans la région sous-angulo-maxillaire et le malade est repris par son trismus.

Ainsi en est-il encore à la fin de l'évolution de la maladie. On voit les symptômes de l'affection céder peu à peu à un traitement bien dirigé et enfin disparaître complètement. La constriction des maxillaires suit cette même évolution : elle ne cesse pas brusquement, mais les mâchoires, d'abord très serrées, se desserrent peu à peu, et enfin, quand toute la sclérose des tissus a disparu, il ne reste qu'un tout petit peu de gêne qui ne tarde pas à disparaître complètement les jours suivants.

Quand on verra apparaître le trismus actinomycosique, il faudra donc s'attendre à voir persister très longtemps ce symptôme si gênant, car, apparu au début, il reste jusqu'à la fin de l'évolution de l'affection

et ne laisse au malade la liberté de ses mouvements qu'au moment de la guérison complète qui, souvent, est bien longue à obtenir.

Si ce symptôme est gênant, pour le malade, par sa durée, il l'est aussi par son degré. Une fois établi complètement, il ne permet plus que le passage du petit doigt entre les dents ; quelquefois même, il est plus serré, et alors l'alimentation du malade devient chose embarrassante.

D'autres malades, plus privilégiés il est vrai, n'ont qu'un peu de gêne de la mastication.

En résumé, comme le disent MM. Poncet et Bérard : « Le deuxième phénomène, d'une haute importance au point de vue du diagnostic, est un trismus précoce, qui s'installe d'emblée, avec des caractères tels que l'on songe immédiatement à une contracture des maxillaires provoquée par l'éruption pathologique d'une dent de sagesse. L'histoire de ces malades est caractéristique : ils commencent par souffrir et par ne pouvoir plus écarter les dents ; jusqu'à la guérison, cette constriction permanente des mâchoires persiste. Elle subira des hausses et des baisses suivant l'étendue, la profondeur des lésions, la production de nouveaux abcès ; mais il est bien certain qu'elle n'est pas sous la dépendance de la douleur et qu'elle ne marche pas de pair ni avec elle, ni avec les accidents inflammatoires. Nous avons, en effet, observé maintes fois une contraction très prononcée des maxillaires avec une actinomycose temporo-maxillaire presque indolente, constituée par un plastron scléreux rappelant un vieux phlegmon en voie de résolution. »

CHAPITRE III

ASPECT CLINIQUE

L'étude du trismus et de son évolution ne peut pas suffire à elle seule à nous éclairer complètement sur la maladie.

Mais ce symptôme ne se présente pas seul, il est accompagné par d'autres signes qui peuvent être importants pour le diagnostic. C'est l'étude de ces symptômes qui fera l'objet de ce chapitre.

Les faits où le trismus est le premier symptôme sont rares, et, dans la majorité des cas, en même temps que la constriction des maxillaires, se montrent d'autres signes parmi lesquels les plus fréquents sont la douleur et la tuméfaction de la région sous-maxillaire et massétérine.

Ces symptômes varient d'ailleurs un peu suivant que l'on a affaire à la forme aiguë ou chronique.

1°. — FORME AIGUE. — C'est une forme rare. On n'en cite que quelques cas. Là, l'actinomyose prend une allure aiguë comparable à une angine de Ludwig. Il se

forme dans la région sous-maxillaire un vaste phlegmon dur, gênant la parole, accompagné d'un trismus serré, de douleurs violentes et d'un état général assez grave.

2°. — FORME CHRONIQUE. — C'est elle qui se présente dans la majorité des cas ; aussi est-ce sur elle que nous insisterons le plus.

Le symptôme douleur peut revêtir deux formes différentes. Dans bien des cas le malade souffre très peu : l'actinomyose paraît à peu près indolente. « Les souffrances ne sont pas habituellement continues ; elles reviennent par crises, surtout pendant la nuit, et durent quelquefois des heures entières.

« Dans d'autres cas, la douleur initiale est moyenne, le malade la signale sans trop attirer l'attention sur ses souffrances ; puis elle disparaît plus ou moins complètement (forme torpide) pour réapparaître, soit avec une nouvelle poussée inflammatoire, avec la formation d'un abcès, soit encore avec l'occlusion des fistules existantes, que la collection liquide ait été ouverte ou qu'elle se soit fait jour au-dehors. Dans les deux cas elle s'explique aisément par des accidents de rétention. »

Mais à côté de ces deux cas où la douleur est peu importante, on en voit d'autres où elle se présente avec une grande intensité, empêchant le malade de dormir pendant une grande partie de la nuit, et, d'après M. le Professeur Poncet, « cette violence des douleurs, que ne saurait expliquer l'intensité des phénomènes inflammatoires, qui font du reste défaut,

paraît constituer aujourd'hui une forte présomption en faveur de l'actinomycose. »

Un autre symptôme important de l'actinomycose cervico-faciale est la tuméfaction qui se produit dans la région entourant le maxillaire. Cette tuméfaction a un début et une marche presque caractéristiques. Elle commence ordinairement dans la région sous-angulo-maxillaire; de là elle s'étend vers le haut et vers le bas. Vers en haut elle remplit la région massétérine, la région parotidienne, et quelquefois s'étend jusque dans la fosse temporale. Vers le bas elle gagne la région sous-hyoïdienne et mentonnière.

Cette tuméfaction présente une consistance particulière « intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides ».

Le squelette n'est jamais envahi primitivement; on ne trouve ni périostite, ni augmentation de volume du maxillaire.

L'aspect de la tumeur est d'ailleurs assez particulier; elle ne se présente pas avec cette rougeur spéciale aux abcès et qui fait deviner sous la peau une collection de pus phlegmonneux, la coloration spéciale qu'elle présente ferait plutôt penser à quelque chose de torpide. En plus, les nombreuses fistules venant s'ouvrir à la surface de la peau donnent à cette tuméfaction un aspect bien caractérisé.

Un autre signe négatif d'une certaine importance vient aider au diagnostic de l'actinomycose : c'est l'absence d'adénite. Chaque fois que le champignon rayonné est seul à produire les lésions, les ganglions ne sont pas atteints. Ce signe, il est vrai, peut man-

quer dans les cas où il y a des infections secondaires produisant l'adénite pour leur propre compte.

En résumé, le diagnostic de trismus actinomyco-sique devra surtout se faire sur les signes suivants : douleurs particulières, tuméfaction d'un caractère spécial et absence d'adénite.

Ce diagnostic fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du symptôme est très facile à faire. Le trismus est en général assez apparent pour être vu au premier coup d'œil. Le malade, d'ailleurs, attire lui-même l'attention du médecin sur ce symptôme qui est gênant pour lui.

En essayant d'ouvrir la bouche avec force, on sent à la main une résistance que l'on ne peut vaincre et, malgré tous les efforts du médecin, la bouche reste dans la même position.

Le diagnostic de la cause offre, par contre, souvent de grandes difficultés.

Nous chercherons d'abord à éliminer les trismus reconnaissant une autre cause que celles qui produisent le trismus qui nous occupe.

1°. — En premier lieu, nous pouvons éliminer les contractions des mâchoires d'origine nerveuse. Ce symptôme se rencontre en effet dans un certain nombre de maladies telles que méningite, encéphalite, épilepsie, tétanos. Dans ces affections, ce signe est accompagné

de beaucoup d'autres qui permettent de faire facilement le diagnostic différentiel.

Dans la méningite, l'état général, la fièvre, la raideur de la nuque, des membres inférieurs (signe de Kernig), le strabisme, la paralysie de l'iris, le délire, l'état mental du malade sont autant de symptômes qui ne permettront pas de faire le diagnostic de trismus actinomycosique.

Dans les encéphalites, de même, des troubles nerveux venant se joindre à la constriction du maxillaire permettront un diagnostic différentiel assez facile.

Dans l'épilepsie, le trismus n'apparaît que pendant les crises. Et devant cette crise, on ne songera même pas à l'actinomycose.

Dans le tétanos au début, on voit se produire la constriction des mâchoires et l'on pourrait être hésitant. Mais d'abord, les signes de l'actinomycose, tumeur et douleur, sont absents; ensuite, il y a les commémoratifs qui diffèrent : dans le cas de tétanos, il y a eu une plaie, le plus souvent anfractueuse, qui devient douloureuse au moment où se déclare l'affection; la fièvre s'allume bientôt, le malade est pris d'une contracture des risorius qui produit un rictus spécial; dans la suite, le diagnostic devient plus facile : la contracture se généralise, le malade se met en opisthotonos, a des douleurs et des crises pour la moindre excitation, secousses, froid, etc.

2°. — L'hystérie produit rarement le trismus; d'ailleurs, dans ce cas, le diagnostic serait assez facile à faire. Sauf des cas exceptionnels, la constriction des

mâchoires s'accompagnerait de signes autres de cette névrose et, par contre, il n'y aurait pas de tuméfaction dans la région sus-hyoïdienne et massétérine, comme dans le cas d'actinomyose. De plus, si l'on endormait le malade, on verrait cesser la contraction et l'on pourrait ouvrir la bouche.

On opérerait de même pour éliminer un trismus spasmodique idiopathique, tel que Kocher en rapporte un cas dans la *Semaine médicale*.

Les contractions d'origine nerveuse ne doivent pas nous arrêter longuement, il est en effet facile de les rapporter à leur vraie cause.

3°. — Les trismus produits par la rétraction de la peau et de la muqueuse seront facilement éliminés.

Si c'est une cicatrice de la peau, celle-ci est visible, et l'on ne confondra pas les lésions que laisse après elle une brûlure, par exemple, avec les fistules et les cicatrices que peut produire l'actinomyose. D'ailleurs, les commémoratifs du malade serviraient aussi à éclairer le diagnostic et, enfin, la tumeur manquerait toujours.

4°. — L'élimination des rétractions de la muqueuse buccale paraît de prime abord plus difficile parce que les lésions se cachent au fond de la bouche que l'on ne peut pas ouvrir. Quelquefois, dans des cas rares, on arrive à voir par la bouche légèrement ouverte le tissu cicatriciel. Enfin, où les regards du médecin ne peuvent pénétrer, on arrive quelquefois à introduire le doigt et sentir avec lui un tissu dur, inodulaire, ce qui permet de trancher le diagnostic.

Si même l'examen objectif est impossible, l'examen

subjectif et les notions que le malade peut fournir sur l'évolution et l'étiologie de son affection peuvent nous éclairer.

Le trismus produit par une cicatrice rétractile a une évolution toute différente de celui qui est la conséquence d'une inflammation actinomycosique.

Une constriction des mâchoires d'origine cicatricielle s'établit lentement et graduellement au fur et à mesure que la perte de substance de la muqueuse buccale se répare, à la fin de l'évolution de l'ulcération, alors que tous les phénomènes aigus sont en régression. Dans le cas d'actinomycose, au contraire, le trismus est précoce et se montre au moment où la lésion est en pleine activité, au moment où elle ne fait que s'accroître, alors que tous les autres signes se montrent (tuméfaction, douleurs, fistules).

La notion de l'étiologie pourra aussi être d'un grand secours. Les principaux facteurs de ces cicatrices vicieuses de la muqueuse sont les stomatites mercurielles intenses, les stomatites syphilitiques et infectieuses graves pouvant aboutir au noma et à la gangrène. L'interrogatoire du malade permettra de retrouver ces différentes étiologies.

Si le resserrement des mâchoires est dû à une cicatrice résultant d'une stomatite mercurielle, on trouve dans le métier du malade une raison d'intoxication, quelquefois c'est dans un traitement au mercure mal dirigé. Il y a eu de la salivation, les dents seront tombées à la suite de gingivite, on verra un liseré noir bordant les gencives, enfin le malade se rappellera avoir eu une ulcération.

Quand c'est la stomatite syphilitique qui laisse une cicatrice aboutissant à la constriction des mâchoires, on retrouve quelque chose faisant penser à cette infection : une cicatrice de chancre, une calvitie spécifique, une roséole, des plaques muqueuses et des condylomes.

Le noma peut produire des cicatrices suivies de trismus, et lui-même peut donner une constriction assez prononcée des mâchoires sans qu'il se produise de cicatrices vicieuses. Mais le noma ne se produit que dans les infections graves et surtout chez les enfants, après les fièvres éruptives dont on retrouvera les traces dans les anamnestiques.

5°. — Le resserrement des mâchoires peut aussi être la conséquence d'une arthrite temporo-maxillaire suivie ou non d'une ankylose fibreuse. Dans le cas d'arthrite ce resserrement ne serait que transitoire et cesserait en même temps que les phénomènes articulaires. Le diagnostic reposerait sur la douleur localisée à l'article, exagérée pendant les essais de mobilisation du maxillaire, la tuméfaction légère de la région dont le siège est bien différent de celle que produit l'actinomyose.

Encore plus rare est la constriction du maxillaire produit par la tumeur blanche. Le diagnostic différentiel en est facile, repose sur les antécédents du malade, la douleur et la tuméfaction obturant le conduit auditif, d'où surdité au moins partielle.

L'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire ferait suite à une de ces arthrites et serait d'un diagnostic relativement facile. Rien, en effet, ne vient ici faire

songer à l'actinomyose. Ni les antécédents, ni l'étiologie, ni les symptômes subjectifs ou objectifs.

6°. — Après avoir éliminé tous ces facteurs pouvant produire la constriction des mâchoires, il ne reste plus à considérer que les trismus produits par une inflammation des muscles ou du tissu cellulaire entourant les maxillaires; mais cette inflammation produit le resserrement des mâchoires dans de nombreux cas.

La bouche et la région cervicale sont le siège de nombreuses phlegmasies qui retentissent toutes sur les mouvements de la bouche et produisent très fréquemment le trismus. Les angines, les amygdalites, les abcès de la région sus-hyoidienne, les accidents dentaires, les otites produisent fréquemment ce symptôme, et un certain nombre de ces affections sont difficiles à différencier de l'actinomyose; aussi nous proposons-nous d'insister surtout sur ces cas.

On ne confondra pas la constriction des mâchoires produite par les angines ou les amygdalites avec celle que produit l'actinomyose.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic différentiel avec l'angine aiguë simple, où le trismus est très peu prononcé et se borne à une simple gêne des mouvements de la bouche. La fièvre montant jusqu'à 40°, l'aspect rouge et fébrile du visage, la difficulté de la déglutition et la salivation abondante feraient facilement éviter l'erreur.

La constriction des maxillaires est plus nette dans l'angine phlegmoneuse; mais là encore les symptômes concomitants sont différents. Le début est brusque et

souvent très violent, la température monte d'emblée à 40 degrés et s'accompagne souvent d'un violent frisson. La douleur, d'abord localisée à la gorge, augmente bientôt, envahit le cou, les mâchoires et les oreilles. L'inappétence est complète, les mouvements de déglutition sont extrêmement pénibles ou impossibles. La voix est nasonnée, la salive s'écoule continuellement, les mouvements de la langue sont difficiles, et le malade a de la peine à parler, le cou est empâté, douloureux, la tête presque immobile. Quand on arrive à voir la gorge, on aperçoit les amygdales recouvertes d'un exsudat blanchâtre, les piliers d'une coloration rougeâtre et violacée. L'haleine est fétide, la langue tapissée d'un épais enduit saburral, le voile du palais abaissé et refoulé, l'isthme du gosier est rétréci par une tuméfaction œdémateuse. Par contre, les douleurs surtout nocturnes, la tuméfaction entourant l'angle du maxillaire inférieur, les fistules de l'actinomyose font défaut. On ne confondra pas avec cette tumeur les ganglions cervicaux et sous-maxillaires que peut produire l'amygdalite phlegmonneuse.

Si maintenant nous quittons les affections atteignant l'arrière-gorge pour nous occuper de celles qui ont pour siège la région sus-hyoïdienne, nous avons surtout à étudier l'angine de Ludwig. Les adéno-phlegmons du cou seront étudiés spécialement avec les inflammations d'origine dentaire qui ont toutes des caractères communs.

L'angine de Ludwig ne pourrait être confondue qu'avec une actinomyose aiguë, dont on a rapporté quelques cas rares, il est vrai.

Presque tous ces phlegmons infectieux du plancher de la bouche ont pour origine une angine, c'est d'ailleurs ce qui leur a valu leur nom ; celle-ci, il est vrai, a généralement disparu lorsque surviennent les phénomènes du côté du plancher de la bouche.

Les symptômes généraux sont très accusés ; ce sont : une douleur intense, une température élevée pouvant atteindre 41 degrés accompagnée de grands frissons. La dyspnée est assez intense, l'insomnie et le délire sont la règle.

Les symptômes locaux sont : un gonflement considérable de la région sus-hyoïdienne, unilatéral ou bilatéral. Au palper la tuméfaction présente une dureté ligneuse, qui semble se continuer avec celle du maxillaire inférieur. La peau n'est ni rouge ni œdématiée et conserve sa mobilité. La muqueuse buccale présente un bourrelet dur refoulant la langue en haut et en arrière, ce qui donne au malade une parole difficile et comme empâtée.

Là le diagnostic se fera en se basant sur l'étiologie, l'état général effrayant et la difficulté de la parole.

D'ailleurs, même ferait-on une erreur qu'elle ne serait pas d'une grande importance, car dans les deux cas le même traitement énergique s'impose : l'incision aussi précoce que possible et aussi profonde que possible.

Pour les affections d'origine dentaire, le diagnostic est souvent très délicat. En effet, les dents mauvaises sont la plupart du temps la porte d'entrée des germes dans les deux cas. En effet, « il est bien connu aujourd'hui que la présence des dents cariées constitue une porte d'entrée excellente pour le champignon rayonné.

Aucun symptôme ne trahit tout d'abord cette pénétration et les douleurs dentaires que présente alors le malade n'offrent aucun caractère particulier. » Voici déjà que la notion de l'étiologie ne peut pas nous servir pour faire le diagnostic différentiel. Ceci s'applique à toutes les inflammations d'origine dentaire et nous dispensera de revenir sur ce sujet à propos de chacune d'elles.

Nous étudierons le diagnostic différentiel avec les accidents causés par la dent de sagesse, la périodontite, les adénites et phlegmons sus-hyoïdiens, enfin avec l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Les accidents de la dent de sagesse se produisent au moment où cette dent commence à pousser et à évoluer, soit entre 20 et 25 ans ; mais cette notion ne pourra pas servir au diagnostic dans les cas où l'actinomycose atteint des jeunes gens du même âge. D'autre part, les accidents de la dent de sagesse peuvent ne se produire que très tard, et l'on a cité des cas où cette évolution ne s'est produite tardivement que vers l'âge de 45 ans. On voit donc que cette condition d'âge n'est pas un critérium absolu.

Il faudra toujours s'enquérir si le malade a fait ses dents de sagesse ; mais dans bien des cas ce renseignement manquera de précision.

Si l'étiologie ne peut pas toujours nous renseigner complètement, il faudra rechercher, dans les symptômes, des signes permettant de différencier les deux affections. Souvent l'évolution de la dent de sagesse ne présente que des accidents muqueux, c'est-à-dire une érosion plus ou moins profonde de la muqueuse au

niveau des dernières molaires. Il y a loin de cette lésion légère au gonflement de toute la région entourant l'angle du maxillaire qui se produit dans l'actinomycose.

Cependant les accidents ne restent pas toujours des accidents muqueux ; les accidents osseux ne sont pas rares et impliquent une gravité plus grande de la maladie ; aussi voit-on un début quelquefois brusque cadrant mal avec l'hypothèse de l'actinomycose ; souvent la fièvre s'allume dès le début. Le malade a dès douleurs intenses localisées au niveau de la dent. La peau de la joue est franchement rouge, chaude et tendue, laisse deviner facilement la présence d'un pus phlegmonneux. Tout autres sont les caractères des lésions actinomycosiques.

Si maintenant nous portons la main sur cette tuméfaction de la joue pour faire une palpation détaillée de la région, nous sentons que, contrairement à ce qui se voit dans l'actinomycose cervico-faciale, la tuméfaction se fait aux dépens du maxillaire : c'est l'os lui-même qui a augmenté de volume. Tandis que le champignon rayonné n'attaque que rarement l'os lui-même et se développe dans le tissu cellulaire avoisinant.

De plus, si l'on porte le bistouri sur l'abcès dentaire, on verra s'écouler du pus phlegmonneux et non des fongosités accompagnées des grains jaunes quelquefois. Si on fait un examen plus minutieux et qu'on porte un stylet dans la cavité de l'abcès, on sent que celui-ci vient buter sur un os dénudé, tandis que c'est le contraire qui se passe dans l'actinomycose.

Un autre signe sur lequel le diagnostic doit reposer c'est la présence de ganglions enflammés, apparaissant dès le début dans les affections d'origine dentaire. Il existe encore d'autres signes qui permettent un diagnostic différentiel relativement facile ; ce sont des symptômes nerveux. L'évolution de la dent de sagesse produit des névralgies intenses : odontalgies, douleurs du globe de l'œil, intermittentes ou continues, avec exacerbations, obscurcissement de la vue, bourdonnements d'oreilles, névralgies du trijumeau, on peut même voir des convulsions épileptiformes de la face.

Enfin un petit signe précoce que l'on voit souvent dans les accidents provoqués par la dent de sagesse, c'est le signe de Vincent : une plaque d'anesthésie du territoire innervé par les branches terminales du nerf dentaire inférieur, dû à la lésion de ce nerf lors de son passage dans l'os enflammé ; jamais signe semblable dans la l'actinomyose cervico-faciale.

La périodontite se présente souvent avec du trismus ; le diagnostic sera assez facile à faire en se rappelant que cette affection a un début assez brusque, retentissant quelquefois sur l'état général, surtout dans les formes phlegmonneuse qui produisent le plus fréquemment la constriction des maxillaires. On voit alors s'allumer la fièvre montant jusqu'à 39° et s'accompagnant de frissons dans des cas qui sont loin d'être rares.

Les symptômes locaux ont aussi une allure particulière qui peut faire éviter les erreurs. — Dans les premiers jours il y a une simple gêne au niveau d'une dent gâtée, puis le malade a une sensation d'allongement de cette dent, enfin de violentes douleurs dues à une pulpite.

L'inflammation, en s'étendant, produit de la rougeur des gencives, enfin le maxillaire est atteint lui-même : il se gonfle et devient douloureux à son tour, provoquant des symptômes de voisinage : éfluxion œdémateuse et indolente des parties molles avoisinantes, provoquant une gêne des paupières.

On peut aussi rencontrer des troubles nerveux ressemblant un peu à ceux que nous avons énumérés à propos des accidents produits par l'évolution de la dent de sagesse.

Enfin, si l'on doutait encore du diagnostic, la présence d'une adénite assez marquée pourrait mettre sur la voie.

L'ostéomyélite des maxillaires produit aussi le trismus. Là encore le diagnostic différentiel sera facile. Le début de l'ostéomyélite est brusque et souvent à grand fracas, avec fièvre assez intense, état général grave des pyrexies, quelquefois accompagné de frissons.

Localement on a la douleur du maxillaire, le gonflement de la joue qui, pendant un certain temps, garde une coloration normale, ne devenant rouge et tendue que plus tard quand le pus se collecte et que les fistules se forment. La tumeur est produite aux dépens du maxillaire, qui augmente de volume et dont le périoste est décollé par le pus. Cette tuméfaction devient bientôt fluctuante, se perce, produit des fistules conduisant sur un os dénudé. — L'adénite ne fait pas défaut, et l'anesthésie du domaine du nerf dentaire inférieur se présente souvent comme chaque fois que le maxillaire inférieur est lui-même atteint (signe de Vincent). Le pus est un pus phlegmoneux, bien lié, contenant parfois de petits séquestres osseux.

L'adéno-phlegmon du cou produit un trismus qui peut en imposer souvent pour une actinomyose cervicale. Le début à peu près identique dans les deux cas et d'autres symptômes insuffisamment analysés, peuvent encore ajouter une difficulté de plus pour le diagnostic.

L'adéno-phlegmon du cou succède ordinairement à une affection dentaire ; une dent malade est le point de départ de l'infection qui passant par les lymphatiques, gagne bientôt les ganglions de la région sus-hyoïdienne ; alors on observe au niveau de l'angle de la mâchoire une tuméfaction considérable, recouvrant la glande sous-maxillaire, comblant d'abord la dépression normale de la région sus-hyoïdienne et finissant par se porter au dehors. La peau est tendue, rouge, luisante et chaude.

Très dure au début, la tumeur se ramollit après cinq ou six jours, devient pâteuse, s'entoure d'œdème.

Pendant ce temps le malade est en proie à des douleurs violentes, la température s'élève pendant quelques jours. Le début de la tuméfaction dans la région sous-angulo-maxillaire répond assez bien à ce que l'on a l'habitude de voir dans l'actinomyose ; mais en analysant de plus près les symptômes, on voit que cette tumeur a débuté par les ganglions, qu'elle présente nettement les caractères d'une collection chaude, enfin elle ne présente pas les caractères de dureté et d'indolence qui sont habituelles aux tumeurs produites par le champignon rayonné. — L'état général que produit l'adéno-phlegmon est aussi un caractère qui facilite le diagnostic.

Les tumeurs des régions parotidienne, sus-hyoïdienne et massétérine peuvent provoquer le resserre-

ment des mâchoires ; mais on diagnostiquera assez facilement ces tumeurs à leur évolution, aux symptômes de compression, à la présence de ganglions néoplasiques, à l'état général et au teint du malade.

Le trismus consécutif à une otite n'est pas rare ; mais on pourra facilement en diagnostiquer l'origine aux signes propres de l'otite : douleurs dans l'oreille, fièvre, surdité, etc., et à l'absence des signes propres à l'actinomyose.

Une myosite rhumatismale du masséter peut produire le trismus ; ces cas ne seront pas confondus avec le trismus actinomycosique dont on ne retrouve pas les signes. D'ailleurs on aura rarement à faire ce diagnostic, car la myosite rhumatismale est rare.

Il n'en est pas de même de la myosite syphilitique et des gommes du masséter dont le diagnostic est difficile. En effet, presque tous les signes d'une de ces affections se rencontrent dans l'autre.

La contracture offre les mêmes caractères, elle évolue comme celle qui se produit dans l'actinomyose. De plus, les caractères de la gomme syphilitique se rapprochent sensiblement de celle de la tuméfaction que produit le champignon rayonné. L'indolence est un caractère commun aux deux ; pas plus la gomme que l'actinomyose n'attirent l'attention par les douleurs qu'ils produisent. Tous les deux se développent lentement, ont un début insidieux, sans fièvre et sans frisson, souvent il passe inaperçu. La tumeur souvent n'est découverte que quand elle commence à acquérir un certain volume et produire une légère douleur.

L'aspect de la gomme ne permet d'ailleurs pas de la

différencier de la tuméfaction actinomycosique. Toutes les deux, au début du moins, laissent la peau intacte et presque normale, ce n'est que plus tard que les fistules commencent à se former. La consistance des deux tumeurs est à peu près la même; s'il y a des différences celles-ci sont tellement minimes qu'elles peuvent passer inaperçues, et vraiment ce serait un argument de bien peu de valeur, pour trancher un diagnostic, qu'une légère différence de consistance entre deux tuméfactions qui, par tous les autres points, sont tellement semblables.

Même le siège de ces deux tumeurs est le même; toutes les deux sont indépendantes de l'os et de la peau et localisées dans les régions qui avoisinent l'angle du maxillaire inférieur.

L'adénite elle-même manque dans les deux cas; la gomme, contrairement aux autres accidents spécifiques, ne donne pas d'inflammation ganglionnaire. Et même la présence d'une adénite pourrait induire en erreur. Admettons, en effet, qu'un ancien syphilitique soit porteur d'une adénite et ait en même temps une actinomycose cervico-faciale. Le cas peut se produire vu le grand nombre de syphilitiques. On sera immédiatement porté à faire le diagnostic de gomme du masséter et à commettre ainsi une erreur.

Les douleurs nocturnes se rencontrent aussi bien dans un cas que dans l'autre et ne peuvent pas trancher le diagnostic.

Au moment où apparaît la gomme du masséter, les accidents secondaires de la syphilis ont disparu. Les anamnestiques peuvent-ils nous guider dans le dia-

gnostic ? Là il faut tenir compte de deux cas. Le malade avoue la syphilis, on est alors en droit de prendre en considération cette raison pour se faire une opinion sur la nature de la maladie, tout en admettant les restrictions faites plus haut. Mais combien sont nombreuses les syphilis niées ou méconnues, de sorte que d'une réponse négative on n'est pas en droit de nier que les accidents soient d'origine spécifique et de conclure à l'actinomycose.

Le traitement lui-même, qui sert souvent de pierre de touche, est ici impuissant à nous éclairer, l'iodure de potassium étant la médication la mieux appropriée dans les deux cas.

En résumé, aucun signe clinique ne permet de trancher le diagnostic et d'éliminer soit la syphilis soit l'actinomycose.

Aussi, pour faire un diagnostic ferme, faudra-t-il inciser la tumeur, s'il n'y a pas déjà une fistule, et se procurer des fongosités dans lesquelles on recherchera le champignon rayonné et les grains jaunes de l'actinomyces.

Cette recherche est le seul moyen que l'on ait de faire le diagnostic, et avant que le champignon rayonné ne fût connu, de nombreuses actinomycoses ont dû être prises pour des gommes syphilitiques. On voit, en effet, dans la littérature, des observations qui ressemblent tellement à cette dernière affection et qui furent données comme cas de gommes du masséter, que l'on ne peut s'empêcher de poser un point d'interrogation. Telle est l'observation suivante.

OBSERVATION

D'après GUYOT, rapportée par MAURIAC, in *Annales de dermatologie et syphiligraphie* (1876).

Femme de 36 ans, présentant un gonflement de la région temporo-massétérière avec impossibilité d'ouvrir la bouche. L'affection datait de trois ans. Elle avait débuté par des douleurs nocturnes à la joue affectée, s'exaspérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible. Plus tard, augmentation progressive de la région malade et resserrement graduel de la mâchoire inférieure. Au moment où elle se présenta à la consultation de l'hôpital Lariboisière, le 23 mars 1873, il existait une tuméfaction sensible de la région temporo-massétérière droite sans changement de la coloration de la peau. La tumeur, dure, ligneuse, indolente à la pression, était exactement limitée aux muscles temporal et masséter. Rien du côté des os. Mouvements de latéralité intacts. On pouvait à peine introduire entre la mâchoire le manche d'un porte-plume. Pas d'antécédents syphilitiques reconnus ou avoués.

Néanmoins, iodure de potassium ; au bout d'un mois, amélioration, puis dilatation mécanique et enfin guérison définitive au bout de trois mois.

Après avoir lu cette observation, on regrette que l'on n'ait pas cherché les grains jaunes et l'actinomycès. Mais en 1873 on ne faisait pas cette recherche.

Il est probable qu'avant le moment où l'on a bien connu le champignon rayonné, nombreuses ont été les actinomycoses diagnostiquées gommès syphilitiques.

7°. — On cite des cas de trismus produits par des kystes hydatiques (observation de Roustan, Dupuytren) ; d'ailleurs, le diagnostic ne fut fait qu'au moment de

l'opération, lorsque l'on eut incisé la tumeur du masséter ; ici encore, le diagnostic se ferait en se basant sur les anamnétiques ; une ponction exploratrice trancherait la question.

8°. — Le resserrement des mâchoires peut enfin être produit par une exostose qui empêche les mouvements du maxillaire inférieur ; là, le diagnostic serait facile, une palpation attentive ne permet pas de confondre une exostose avec une tumeur actinomycosique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le trismus n'est qu'un symptôme de l'actinomycose, apparaissant et disparaissant comme l'inflammation produite par le champignon rayonné ; par conséquent en traitant cette affection, on traite en même temps la constriction des mâchoires. Il suffit donc d'instituer la médication iodurée pour voir disparaître le symptôme.

Cependant, dans certains cas où le trismus est très prononcé, empêchant la parole et la mastication, on sera appelé à intervenir plus directement contre lui.

On se gardera naturellement d'employer un traitement radical nécessitant une intervention sanglante ; il suffira d'employer un palliatif permettant d'attendre la guérison spontanée de la constriction. Dans ce but, on alimentera le malade par une sonde passant dans le nez, ou dans l'interstice compris entre deux dents si le patient en a déjà perdu.

A la fin de l'affection on pourra hâter la résolution de cette contracture en employant un coin en bois dont

on se sert comme d'un écarteur. On confiera l'instrument au malade qui, plusieurs fois par jour, fera des séances d'écartement des mâchoires.

Il se pourrait cependant que le trismus persiste même après la guérison complète de l'affection causale. C'est qu'alors il s'est produit des complications telles que rétraction musculaire ou periarthrite et ankylose. Dans ce cas, on sera autorisé à intervenir d'une manière plus énergique contre ce trismus.

Mais il n'entre pas dans notre programme de parler du traitement, des rétractions du masséter, ou des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire.

CONCLUSIONS

- 1°. — Ainsi que l'ont bien indiqué MM. Poncet et Bérard dans leur « Traité clinique de l'Actinomyose humaine », le trismus ou serrement plus ou moins marqué des mâchoires a une grande valeur diagnostique comme infection actinomycosique dans les phlegmons cervico-faciaux qui paraissent être d'origine dentaire : forme angulo-faciale, temporo-maxillaire, etc.
- 2°. — Il a du être confondu souvent avec le trismus bien connu causé par l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse et d'origine inflammatoire simple. La recherche des grains jaunes peut seule, dans ces deux variétés de trismus, permettre le diagnostic pathogénique.
- 3°. — Au début, le trismus actinomycosique peut se rattacher à la douleur, aux accidents inflammatoires aigus et être alors d'origine réflexe ; mais en dehors de cette phase aiguë, lorsque

précisément le phlegmon cervico-facial a une allure chronique et qu'il est essentiellement constitué par une sorte de phlegmon ligneux, le trismus doit être attribué à la sclérose du tissu cellulaire paramusculaire, sclérose après un certain temps pouvant gagner le tissu conjonctif intramusculaire, en dehors des cas où il existe, comme on l'a vu à l'autopsie et au cours des opérations, une véritable myosite actinomycosique.

4°. — Cette variété de trismus peut être précoce, c'est-à-dire s'installer d'emblée pour ne disparaître ensuite que sous l'influence du traitement,

Dans d'autres cas, il paraît plus tardif, c'est-à-dire qu'après disparition des accidents aigus et subaigus, alors qu'il ne reste qu'un plastron fibreux parfois très dur, il est allé progressant, empêchant l'alimentation du malade. C'est pour lui que maintes fois nous avons vu des malades rentrer à l'Hôtel-Dieu et réclamer un traitement.

5°. — En résumé, ainsi que nous l'avons souvent entendu dire à M. le professeur Poncet dans ses cliniques : il faut se méfier beaucoup, comme pathogénie actinomycosique, de la constriction des mâchoires qui accompagne des phlegmons situés à leur niveau. Dans tous les cas, l'hypothèse d'une infection actinomycosique est d'autant plus vraisemblable que le resserrement des mâchoires persiste ou va même s'accroissant

après la disparition des accidents inflammatoires aigus, et impose la recherche des grains jaunes d'où découle, comme on le sait, un traitement spécial.

Vu,

LE DOYEN,

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LORTET.

PONCET.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 24 décembre 1903.

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉAL. — *Etude sur la constriction permanente des mâchoires*. Thèse Paris, 1876.
- BÉCUE. — *De l'Actinomyose*. Thèse Paris, 1892-1893.
- BESSE. — *De l'Actinomyose cervico faciale*. Thèse de Lyon, 1895-1896.
- BLAVETTE. — *Du Resserrement des mâchoires*. Thèse Paris, 1860.
- BOINET. — Société de Chirurgie. 22 janvier 1851.
- BOISSON. — *Constriction des mâchoires*. Thèse Paris, 1878.
- BOYER. — Société d'Anatomie, 1845.
- BRITOU. — *De la Constriction permanente des mâchoires*. Thèse Paris, 1892.
- CHEVASSU. — *De quelques Accidents causés par l'éruption de la dent de sagesse*. Thèse Paris, 1873.
- CORNUDET. — *De la Dent de sagesse*. Thèse Paris, 1887.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. « maxillaire », p. 402.
- DRESEL. — Pathologische Erscheinungen in der Mundhöhle bei « dentitio difficilis ». *Arch. f. Laryng. und Rhinol.*, 1900, XI, p. 336 à 338.
- DELBET. — *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1900, XXVI, p. 35 à 37.
- DELÉCLUSE. — *De l'Occlusion pathologique des mâchoires*. Thèse Paris, 1894.
- DEVILLE. — *Bulletin de la Soc. anat.*, 1845, p. 276.
- DUBREUILH et FRÈCHE. — *Annales de dermatologie*. Sept. 1895, p. 788 et suivantes.
- DUPLAY. — *Arch. génér. de méd.* Août. 1880.
- GUERMONPREZ et BÉCUE. — *De l'Actinomyose*. Paris, 1894 (Bibliothèque Charcot-Debove).
- GUYOT. — *Soc. médic. des hôp. de Paris*, t. X, p. 221.

HEIDENREICH. — Thèse agrégation, 1878 ; — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. IV.

KOCHER. — *Semaine médicale*, 1896.

LEWIN. — *Charité Annalen*, 1891.

LONG. — *Actinom. cervico-faciale*. Thèse Lyon, 1898.

MAURIAC. — *Annales de dermatologie*. 1876, t. VII.

PONCET. — Actinomycose des os (*Traité de chirurgie*, Duplay-Reclus, t. II).

PONCET et BÉRARD. — *Traité clinique de l'actin. humaine* ; — De l'act. hum. en France, sa fréquence. (*Bullet. Acad. méd.*, 1902).

PONCET et THÉVENOT. — De l'Actin. en France et à l'Etranger dans ces cinq dernières années (*Bullet. Acad. méd.*, séance du 9 juin 1903).

PROST. — Thèse Paris, 1891.

QUENET. — *Actinom. du maxill.* Thèse Lyon, 1895.

ROGER. — In *Traité de médec.* Bouchard et Brissaud ; — Art. « Actinom. », t. I, p. 668.

THÉVENOT. — Actinomye. cervico-faciale de forme courante. (*Gazette des Hôp.*, 2 juillet 1903).

VIELLE. — *Actinomycose de l'oreille*. Thèse Lyon, 1903.

